

Propostes reformistes del model sanitari català

Marina Geli

Metgessa internista. Consellera de Salut 2003-2010. Sant Gregori.

Introducció

En aquest article es vol constatar la necessitat i la importància d'una anàlisi crítica retrospectiva, amb mirada de futur, del sistema sanitari català 25 anys després de l'aprovació del marc normatiu específic català: la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC).

En moments de canvis cal reafirmar el que caldria mantenir per consolidar, modernitzar, adaptar i reformar a curt termini i en un horitzó 2020 i 2030. De no fer-ho, el deteriorament progressiu o el rupturisme cap al buit, el relativisme simplificador, líquid, amb poca anàlisi de resultats i de models comparats s'imposaran. Els resultats del model sanitari comparat amb estàndards internacionals són bons en qualitat, equitat i eficiència amb cost baix.

Caldria valorar positivament, amb orgull, l'anticipació del sector salut a Catalunya per dotar-se d'instruments legislatius propis, amb amplis consensos durant més de 30 anys i bons resultats. Cal recordar que el sistema educatiu català no disposa de llei educativa pròpia fins el 2009 (Llei d'Educació de Catalunya), gairebé vint anys més tard que la LOSC.

La proposta de l'autor J. L. Lafarga, advocat redactor de la LOSC i especialista en dret a la salut és per a mi un incentiu per a debatre l'evolució històrica, fer una lectura acurada del present i, sobretot, contribuir a fer propostes reformistes del model sanitari de Catalunya.

Marc sanitari, normatiu i polític, català i espanyol

La LOSC, aprovada per ampla majoria el 1990 (per tots els grups excepte el PSC-PSOE), va suposar normativitzar un model sanitari amb característiques pròpies basat en antigues arrels històriques. Cal reconstruir i reafirmar el relat cert que el model sanitari català no és patrimoni exclusiu de cap formació política sinó que beu d'un model social català amb una societat civil i un municipalisme fortament implicat des de fa segles amb l'assistència sanitària i social. I que el concepte de bé públic sanitari no és

sinònim d'administració sanitària sinó de vocació pública, exercida des de la Generalitat, des dels ajuntaments, des del tercer sector sanitari i des d'una economia social, religiosa, mutual i professional diversa.

El sistema sanitari català ha preservat una herència de segles de centres i hospitals de proximitat, de beneficència des de l'edat mitjana. I va ser la Mancomunitat de Catalunya, el 1914, qui elaborà la política sanitària i social de 1914 a 1924.

La II República legislà la Llei de Bases per a l'Organització dels Serveis de Sanitat i Assistència Social (1934), en molts aspectes encara vigent avui, que ni el llarg franquisme estroncà en la seva totalitat. Cal recordar la fortalesa modernitzadora, descentralitzada, de la política sanitària republicana. Fins i tot es legalitzà el dret a la interrupció de l'embaràs.

La dictadura franquista optà per un model centralitzat, estatista, poc comunitari, uniformista, de grans ciutats sanitàries, i promulgà la Llei de Bases de la Seguretat Social el 1963. En paral·lel, a Europa durant els 40 anys de franquisme, sota la voluntat d'un model social europeu, els estats decideixen entre dos models, inspirats en Beveridge o Bismarck: sistema nacional de salut o sistema de seguretat social (assegurament), centralista o descentralitzat.

Amb la recuperació de l'autogovern, amb el president Tarradellas i el govern de concentració, es recuperà l'esperit del republicanisme cívic i s'optà per reclamar les competències sanitàries ja en l'Estatut d'Autonomia de Catalunya de 1979. I en el mapa sanitari de 1980 s'incorporaren a la xarxa sanitària i social tots els centres amb vocació de servei públic, de titularitat pública o privada.

I, de nou, Catalunya marcà amb antelació el camí d'un model sanitari espanyol descentralitzat a les comunitats autònomes (CA), inicialment a les històriques i, a partir de 2002, a totes. Catalunya, en realitat, s'orientà cap un model federal de sistema de salut però sense una Espanya política, social, fiscal i organitzativa federal. Aquest fet ha estat en 30 anys el nucli dels conflictes i de la insuficiència financera, de la falta de sobirania legislativa i política del model sanitari català i, probablement, de les dificultats de governança del model sanitari espanyol.

La Llei General de Sanitat (LGS) (1986, essent ministre Ernest Lluch), aprovada per PSOE, CiU, PNV, CCA i PCE i amb els vots contraris d'Aliança Popular, apostà per un model de Sistema Nacional de Salut (SNS), com els països

Correspondència: Marina Geli i Fàbrega
Cal Ros, Barri de l'Església, s/n
17150 Sant Gregori (Girona)
Mòbil 607 074 900
Adreça electrònica: marinageli06@gmail.com

escandinaus i el Regne Unit, descentralitzat a les CA. Un sistema finançat per impostos i no per les cotitzacions a la Seguretat Social, que deixà sense abordar alguns temes substantius pendents fins l'actualitat.

L'LGS va suposar, malgrat aspectes substantius sense resoldre, almenys un marc legislatiu de dret de la ciutadania, d'accés universal i d'estabilitat en el temps. Durant 30 anys, a Espanya no s'ha liderat cap nova llei sanitària malgrat les alternances polítiques. Un del nuclis de consens —la universalitat de l'atenció— es modificà el 2012, amb el Partit Popular al govern, que per la via del Real Decreto-ley 16/2012 va tornar a vincular el dret a l'atenció sanitària de finançament públic a la condició d'assegurat i beneficiari de la Seguretat Social. Sense cap suport polític es va modificar l'assegurament sense alterar el sistema de finançament (impostos).

Des de 1986 no s'han resolt aspectes bàsics en el model sanitari espanyol i, en conseqüència, el català: la governança del sistema (el Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut, més semblant a un parlament que a un govern compartit), el finançament real del sistema (cartera única, decisió estatal i finançament autonòmic), la vinculació encara patrimonial (els edificis transferits continuen essent propietat de la Tresoreria General de la Seguretat Social), el mutualisme dels funcionaris, el rescabament de pacients estrangers, les mútues laborals i la convivència dins del sistema de relacions de treball estatutàries amb d'altres de naturalesa laboral.

Per tant, el model sanitari català i la seva sostenibilitat organitzativa han quedat minvats per la falta de sobirania financera, legislativa, organitzativa i política. I alhora, progressivament des 1992, any d'integració d'Espanya a la Unió Europea, les decisions de política europea afecten el sistema sanitari català sense cap interlocució directa, ja que són els estats membres de la Unió Europea els que decideixen. Les limitacions del dèficit públic han tingut conseqüències negatives pressupostàries en la despesa pública sanitària els darrers anys de crisi econòmica.

Valoració, vigència i reformes: de la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC) a la nova Llei de Salut (salut i social), 25 anys després

La LOSC (1990) dona un marc jurídic propi a un model sanitari català complex construït durant anys sota el paraigua ja de l'LGS. Durant els 25 anys de vigència ha permès reformes amb mínimes modificacions del propi text, amb una clara continuïtat institucional en el decurs dels canvis polítics i amplis consensos almenys durant 20 anys.

La primera clara aportació va ser la separació de funcions entre la política (Departament de Salut), la funció compra (Servei Català de la Salut [SCS]) i la provisió

(atenció primària, Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública [XHUP] i, des de 2010, xarxes d'internament, comunitària i de transport públics que componen el Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya [SISCAT]).

Aquesta decisió política i organitzativa, vigent i cabdal, cal que sigui concretada de nou per reforçar i clarificar les tres funcions de govern, amb garanties de prestació, amb qualitat, equitat i eficiència, i de gestió.

El Departament de Salut és el responsable de les polítiques que les lleis li atorguin amb instruments per exercir-les. Les seves funcions són de govern, d'autoritat-inspecció, d'acreditació, d'ordenació i de planificació estratègica i d'avaluació de la qualitat. El Departament ha de disposar de consells de govern participats amb els ajuntaments, professionals, organitzacions ciutadanes i de pacients i familiars, del sector i l'acadèmia, a escala nacional, regional i de sector.

El Pla de salut, el mapa sanitari, de salut pública i sociosanitari, els plans directors i els programes són els elements de planificació estratègica indelegables de l'autoritat sanitària, el Departament de Salut. Aquest compta, per les decisions de política de salut i social i pressupostàries plurianuals, amb la informació i els indicadors d'avaluació a través de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries (Catalunya va crear l'Agència d'Avaluació de Tecnologies Sanitàries fa 25 anys, evolucionada a l'AQuAS, embrió del NICE —Nacional Institute for Health amb Care Excellence— català, amb criteri tècnic independent). Els instruments de planificació estratègica del Departament de Salut han de fer-se operatius a través d'un pla de servei i un pla d'inversions arquitectòniques, tecnològiques, de recerca i innovació, de sistemes d'informació i comunicació (TIC) i d'acords retributius dels professionals. Requereix pressupostos plurianuals 2016-2020 i plans d'inversions i planificació de les necessitats de professionals sanitaris 2016-2030.

L'SCS ha de ser visualitzat com l'asseguradora pública garant que tots els ciutadans i ciutadanes i la comunitat rebin, amb qualitat i equitat, les prestacions de la cartera pública, de salut pública, assistencials i sociosanitàries. L'SCS assigna recursos econòmics sota les directrius polítiques del Departament de Salut i del pressupost aprovat pel Parlament de Catalunya. El contracte entre l'SCS i el territori (assignacions capitatives a les regions i als sectors sanitaris) i les entitats que formen part del SISCAT obliga les dues parts, i el responsable del seu compliment, per delegació del Departament de Salut, és l'SCS. Aquest, a través de la planificació operativa i dels indicadors de la gestió, de la central de resultats i de la central de balanços econòmics farà seguiment de la qualitat, de l'equitat i de l'eficiència. Anualment, amb total transparència, retrà comptes dels contractes, de les assignacions pressupostàries i dels resultats.

Els diversos proveïdors del sistema sanitari català, integrats dins el SISCAT, gestionen els recursos que l'autoritat sanitària decideixi i l'SCS els contracti. En els darrers anys s'han suscitat molts debats entorn la gestió sanitària. Uns volen tornar a models uniformistes tipus Institut Nacional de la Seguretat Social (INSS), per decidir la condició d'assegurat i beneficiari de les prestacions, i INSALUD per a la provisió de la cartera de serveis. A Catalunya aquesta visió uniformadora que concep la cosa pública de forma reduccionista com només allò que està regulat pel dret administratiu i que és prestat per funcionaris públics, vol reduir la prestació dels serveis de la carta pública a un únic proveïdor: l'Institut Català de la Salut (ICS) (creat el 1983 i transformat en empresa pública per llei aprovada per unanimitat el 2007). S'ha qüestionat el model empresarial públic i de tercer sector sanitari, des de posicions ideològiques oposades, quan aquestes fórmules de la gestió sanitària han aportat elements de descentralització, desconcentració i autonomia de gestió i han permès una millor adaptació de les organitzacions prestadores de serveis a les necessitats de les poblacions i de territoris molt diversos.

Cal, doncs, debatre i recordar que el sistema sanitari català, en la seva vessant de provisió diversa que recull una llarga i fructífera herència, continua essent vigent per trobar la millora contínua.

Cal destacar que el sistema sanitari català des dels anys vuitanta va optar per liderar un espai sociosanitari que, amb els anys, ha sigut rellevant per a l'atenció a la cronicitat, a l'envelliment de la població i a l'acompanyament al tram final de la vida. L'acreditació del sistema sanitari a la dècada dels vuitanta va consolidar serveis sociosanitaris que varen ser la base del posterior programa "Vida als anys" i de posteriors plans directores sociosanitaris, llavors de la integració social i sanitària en l'atenció més humanitzada de proximitat de les persones grans o amb dependència. Així mateix, cal ressaltar els programes de cures pal·liatives, amb reconeixement i lideratge internacionals.

La transposició de la Directiva europea 2014/24/UE, en referència a la contractació pública de serveis d'atenció a les persones —sanitaris i socials—, ha d'esdevenir una oportunitat de blindar, a través del consens, un model de provisió, especialment d'atenció primària i salut mental, que s'identifica amb l'essència del model sanitari català. Sense necessitat de licitacions públiques aquesta part substantiva del sistema podrà ser gestionada per entitats públiques i per entitats privades del tercer sector sense afany de lucre, de l'economia social empresarial o professional (EBA). Comparteix amb l'autor la transcendència que Catalunya legisli l'any 2016, tal com permet la UE als poders públics subestats, en matèria de provisió sanitària i social, per atorgar a l'atenció primària

i comunitària el paper central de lideratge del sistema i l'inici del treball integral entre els serveis sanitaris i socials amb base territorial. La millora de l'accessibilitat, el treball conjunt sanitari i social per combatre les desigualtats socials i de salut i una aposta humanitzada, de proximitat, comunitària, en l'atenció de les persones amb dependència obliguen a reforçar per la via de la contractació i de l'assignació de recursos l'atenció sanitària i social comunitàries.

Caldrà revisar els instruments de govern i d'autonomia de gestió i financera (molt condicionats per l'aplicació del sistema europeu de comptes SEC), del sector d'entitats públiques sanitàries de la Generalitat, i dels ajuntaments o dels dos, desenvolupats en els darrers 25 anys en el sistema sanitari públic de Catalunya, sota la LOSC: per uns, titllats d'opacs; per altres d'obsolets davant les entitats privades d'economia social o de mercat; per altres, però, imprescindibles i útils, però amb necessitat de recuperar el sentit prínceps d'autonomia al servei de millors resultats de qualitat, equitat, eficiència i participació de la societat, dels ajuntaments i dels professionals.

Caldrà una reflexió especial i propostes d'acord en relació a la gran empresa pública sanitària ICS, que gestiona més del 40% dels recursos sanitaris públics, té 36.000 professionals sanitaris i el 80% de l'atenció primària. Si els principis inspiradors de la Llei de l'Institut Català de la Salut (2007) de descentralització, desconcentració i autonomia de gestió són vigents, caldrà acordar els instruments per fer-ho possible lluny de les inèrcies i del dogmatisme i segrest de les paraules. Aquests haurien de ser debats sobretot tècnics per trobar les fórmules perquè cada àrea bàsica de salut (ABS) o cada hospital pugui gaudir de les mateixes capacitats que altres per a l'autonomia, el pacte amb els professionals i els acords amb base territorial.

La filosofia de la LOSC, que considero no només vigent sinó a reforçar, volia atorgar a les entitats de gestió la flexibilitat necessària per cultures organitzatives operatives, ecològiques, orientades a resultats en salut i assistència, a apoderament dels professionals i dels ciutadans i de la comunitat poblacional a qui serveixen. Si simplifiquem i clarifiquem les funcions polítiques, d'assegurament públic i de gestió, sense desdibuixar els rols, junt amb la cultura de transparència i retiment de comptes, la resta són debats merament instrumentals.

Caldrà, si així es decideix, blindar l'atenció primària, la xarxa de salut mental a les entitats públiques o d'economia social i el tercer sector sanitari, i revisar les condicions contractuals, les limitacions de guanys i de responsabilitat social i l'ètica del sector privat de provisió de serveis sanitaris i socials de responsabilitat pública, en règim de subvencions, concert o concessió per la via de la licitació pública.

Consideracions finals

La LOSC, com relata l'autor, beu de les polítiques de la Mancomunitat i, en especial, de les lleis sanitàries i socials de la República de 1934. Ara cal obrir un debat entorn un nou marc legislatiu, la Llei de Salut, que sigui una llei de bases catalana dins un model d'estat del benestar propi, que faci de refosa i revisi les moltes normes fetes els darrers 25 anys (Llei de Salut Pública, Llei de l'ICS, llei d'universalització, Codi civil de Catalunya, decrets, normes estatals i europees) però, sobretot, que encari els reptes a curt i mig termini davant canvis i mobilitat poblacionals, envelliment, precarietat social, reconeixement i desenvolupament dels professionals, innovació i sostenibilitat. El nou marc legislatiu consolidarà el Sistema Nacional de Salut i Social que ha d'integrar la salut pública, inclosa la salut laboral, l'assistència, la funció docent, la recerca i la innovació, amb instruments clars de governança i de participació democràtiques, transparència i retiment de comptes. Caldrà una visió d'estat per a un servei d'interès general essencial com la salut i, en tot cas, caldrà adaptar als escenaris polítics relacionals amb Espanya que els/les catalans/es decideixin.

La revisió rigorosa, amb indicadors d'avaluació internacionals, dels darrers gairebé 40 anys de recuperació de l'autogovern i de les polítiques sanitàries indica que tenim un sistema de salut que aporta bons resultats en qualitat, seguretat i equitat amb una inversió pública sanitària molt ajustada, baixa comparada amb països de renda i model similars.

El sistema sanitari català ha superat amb bons indicadors les fortes pressions els darrers 15 anys: l'increment de població diversa de més d'un milió de persones procedents de la immigració econòmica, la millora de l'esperança de vida continuada —entre les més altes del món— al costat de la gran innovació incorporada. A més, el sistema sanitari català ha contribuït de manera decisiva, en l'equilibri territorial, a minimitzar les desigualtats socials que afecten la salut i és, alhora, un sector econòmic local i global que genera ocupació molt diversificada, amb alta incorporació de recerca i innovació.

El sector salut és alhora sector de serveis i d'economia productiva del coneixement, amb un alt valor afegit i capacitat d'economia d'arrossegament de molts altres sectors (Salut aporta com a mínim el 5% VAB intern de Catalunya, en estudis *input/output*).

Tot i els bons resultats hi ha fragilitat, dissenys polítics, insuficiència financera crònica agreujada pels ajustos dels darrers anys, precarietat laboral i reformes necessàries, concretes i ambicioses, que cal gestionar i resoldre amb lideratges compartits.

És el moment d'acords polítics, professionals, de sector i cívics a curt termini per disposar d'un escenari actuarial de pressupost plurianual de polítiques de salut 2016 - 2020 (intentant recuperar un punt del PIB en despesa pública, en termes comparatius amb l'OECD Health) que ens permeti fixar prioritats, la recuperació salarial, un acord marc d'àmbits professionals, inversions tecnològiques i arquitectòniques en un escenari a curt (2016-2020) i a mig termini (15 anys).

La transposició de la directiva europea de contractació pública de serveis d'atenció a les persones —sanitaris i socials— pot tenir lloc l'any 2016: el primer moment per l'acord per a la contractació de la provisió dels serveis d'atenció primària i de salut mental, per considerar-los essencials en el lideratge del sistema.

Cal abordar el paper del sector privat assegurador sanitari o del sistema així com l'activitat privada en el sistema públic de provisió. Entorn del 25% dels/de les catalans/es són titulars d'una assegurança privada de salut, doble cobertura sanitària, mentre que, alhora, Catalunya disposa d'un sector de serveis privat de serveis sanitaris i socials, especialment per a la gent gran, fort. Del total de la despesa sanitària i sociosanitària, el 8% del PIB, el 70% és públic i la resta, el 30%, privat, via assegurança o butxaca. Cal, per tant, una visió global de país, amb claredat, i ètica per establir les complementarietats. Així mateix, cal revisar la complementarietat de les mútues d'accidents laborals i malalties professionals i les unitats de prevenció de salut laboral, entitats col·laboradores de la Seguretat Social que atenen més de tres milions de treballadors/es a Catalunya.

Com diu l'autor, un quart de segle de vigència de la LOSC ens obliga a mirar amb rigor i des del coneixement, el passat, aferrats al present, per liderar el futur sanitari amb una visió integrada social. La nova llei de salut, amb visió social, serà l'espai per a les reformes necessàries i la recerca del consens polític, professional i social.